

8. Qualitätssicherungskonferenz
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Berlin, 28.09.2016

Qualitätssicherung und Leitlinien – Weiterentwicklungsbedarf aus Sicht der medizinischen Fachgesellschaften

Univ.-Prof. Dr. Claudia Spies
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)





Ärzte Zeitung, 23.09.2016

Kommentieren (0)



 Twittern

Weiter »



IQTIG

"Qualität aus Patientensicht beschreiben"

BERLIN. Das [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen \(IQTIG\)](#) will die Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen grundsätzlich neu aufrollen. Dessen Leiter Dr. Christof Veit kündigte beim Nationalen Schmerzforum an, künftig die [Perspektiven der Patienten](#) als Ausgangspunkt für die Qualitätsorientierung zu nehmen. "Wir bilden bislang die Versorgung nur aus Sicht der Berufsgruppen ab", sagte er. Etwa würden bei Transplantationen die medizinischen Erfolge gefeiert, nicht jedoch über die Taubheit gesprochen, die die Patienten [aufgrund einer Immunsuppression](#) erleiden könnten. Veit betonte zudem an, verstärkt auf Indikatoren für eine gute Prozessqualität zu setzen. "Die entscheidende Frage bei der Strukturqualität ist doch, wie die Strukturen genutzt werden", sagte Veit. (wer)



Was wollen Patienten?

Behandlungspräferenzen kritisch kranker Patienten älter als 60 Jahre

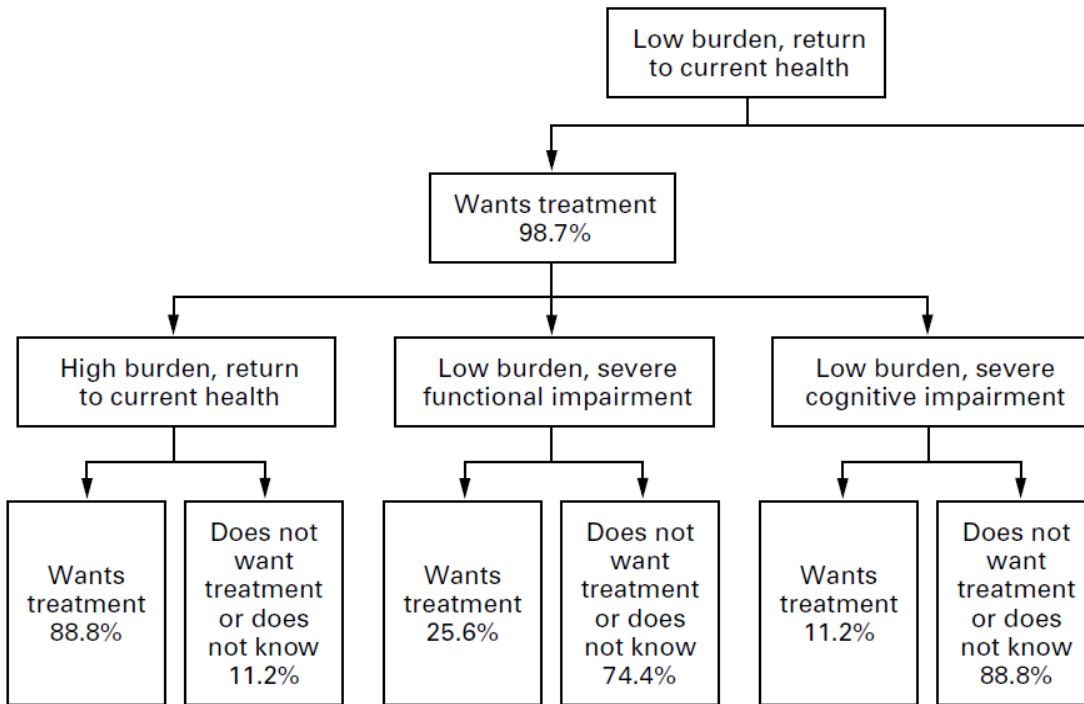


Figure 2. Treatment Preferences According to the Burden and Outcome of Treatment.

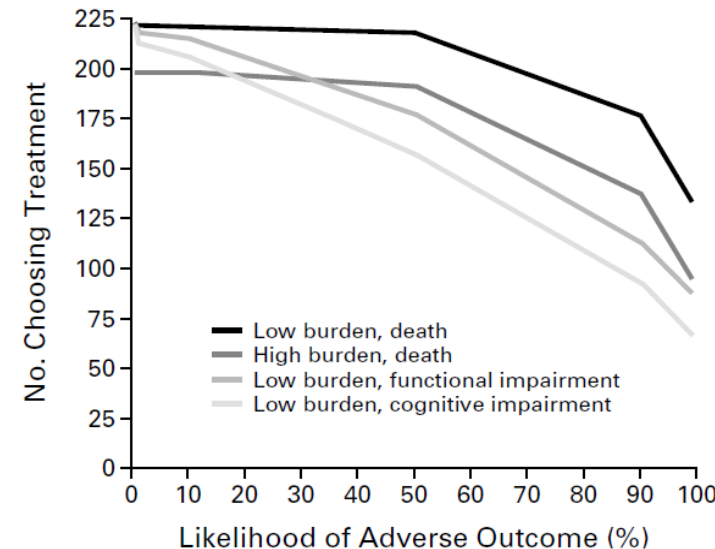
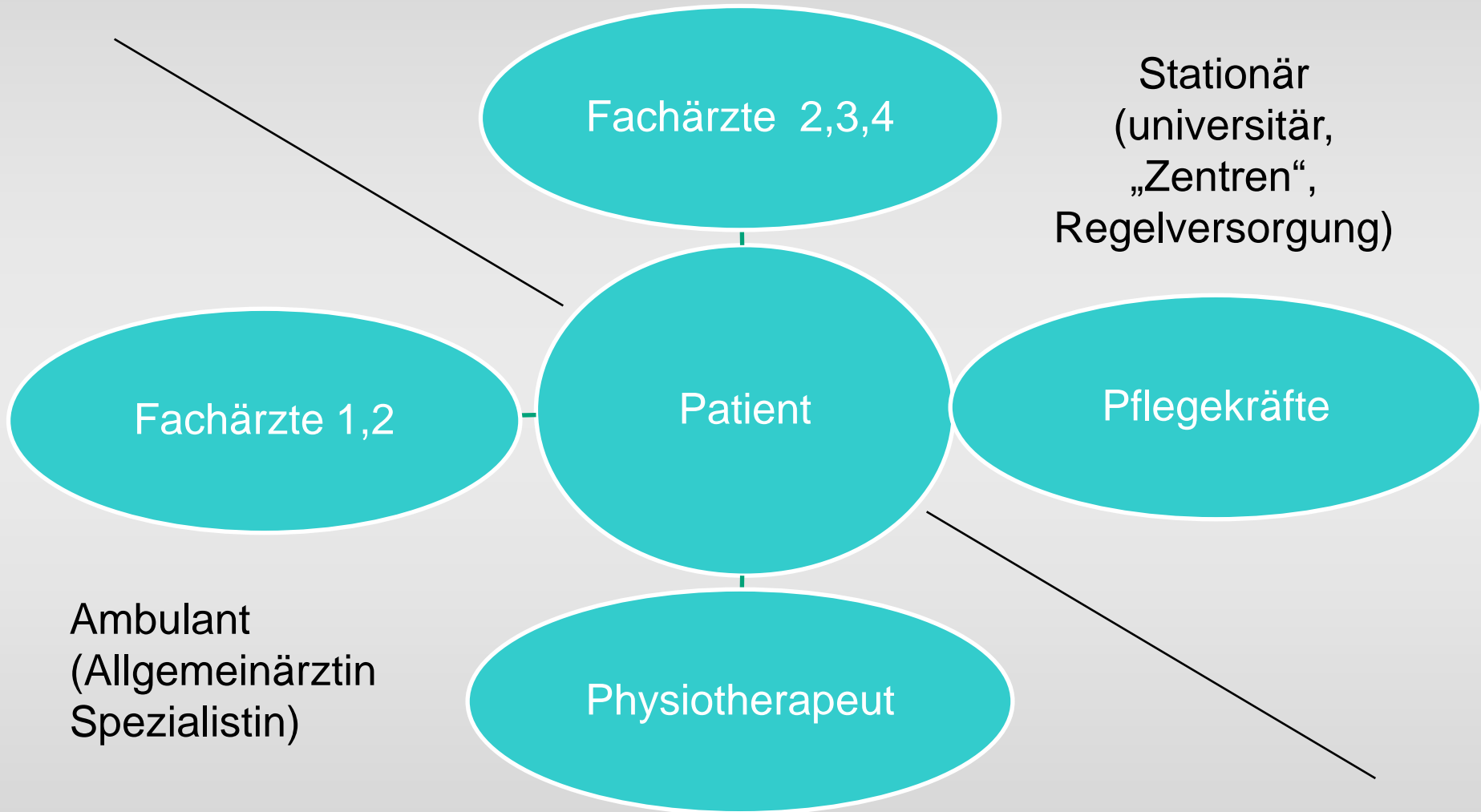


Figure 3. Treatment Preferences According to the Burden of Treatment and the Likelihood of an Adverse Outcome.

$P < 0.001$ for each comparison with scenario 1 (a low-burden treatment with an adverse outcome of death).

Qualitätsmessung in der Medizin – Situation der Patienten –



Was macht die AWMF - 174 FGs ?

Leitlinien



AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi)

Die AWMF will ihre Mitgliedsgesellschaften darin bestärken, im Interesse des Patienten und mit der Kompetenz der Wissenschaftlichen Medizin Gesundheitsversorgung in Deutschland zu gestalten. Dazu muss das Leitliniensystem der AWMF optimiert und entsprechend den Anforderungen einer modernen Informationsgesellschaft weiterentwickelt werden.

Zur Förderung und Weiterentwicklung der Leitlinienaktivitäten hat das Präsidium der AWMF am 24.03.2009 die Einrichtung des **AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi)** beschlossen.

Zu den primären **Aufgaben des Instituts** gehören die

- Pflege des Leitlinienregisters der AWMF
- Weiterentwicklung des AWMF-Regelwerks und der Leitlinienmethodik
- Methodische Unterstützung von Leitliniengruppen
- Ausbau der AWMF-Seminare für Leitlinienentwickler und -berater

und die **Mitwirkung** im Namen der AWMF

- in Leitlinienprogrammen mit gemeinsamer Trägerschaft (NVL, OL)
- im Netzwerk nationaler Qualitätsinitiativen
- im internationalen Leitliniennetzwerk (GIN).



AWMF Leitlinien-Regelwerk

[Leitlinien-Suche](#)

[Aktuelle Leitlinien](#)

[Angemeldete Leitlinien](#)

[Patienteninformation](#)

[Leitlinienprogramme](#)

[AWMF-IMWi](#)

[Leitlinien-Kommission](#)

[LL-Glossar](#)

[AWMF-Regelwerk](#)

[LL-Entwicklung](#)

[LL-Register](#)

[AWMF- Publikationen zu
Leitlinien](#)

[LL- Partner & Links](#)

[LL- Veranstaltungen](#)

Leitlinien



AWMF-Regelwerk: Download für offline-Installation

Das Leitlinien-Regelwerk der AWMF liegt auch in einer kompletten interaktiven PDF-Version vor, die alle interessierten Benutzer lokal auf ihrem Rechner installieren und offline benutzen können. Aus der PDF-Datei heraus können Dokumente (z.B. Musterbriefe, Fragebogen für Interessenkonflikterklärung etc.) aus einem Unterverzeichnis zur Benutzung im eigenen Leitlinien-Projekt aufgerufen werden. Die PDF-Datei und die zugehörigen Dokumente (Unterverzeichnis: [Link_Dokumente]) sind in einer ZIP-Datei (ca. 5,5 MB) zusammengefasst.

Wenn Sie das Regelwerk lokal installieren wollen, laden Sie bitte hier die Datei "[AWMF-Regelwerk.zip](#)" auf Ihren Rechner herunter und entpacken deren Inhalt in ein von Ihnen bestimmtes Verzeichnis Ihres Rechners.

Anschließend starten Sie in dem von Ihnen gewählten Verzeichnis die Datei "[AWMF-Regelwerk.pdf](#)" und folgen den darin angebotenen Navigationsmöglichkeiten.

Außerdem können Sie auch eine PDF-Version benutzen, in der aktive Weblinks zu den Dokumenten führen:

[AWMF-Regelwerk-Weblinks.pdf](#)



Download der Datei "[AWMF-Regelwerk.zip](#)"

AWMF-Regelwerk

Bewertung des Biasrisikos in klinischen Studien für die Erstellung von Leitlinien, Version 1.0

Manual

**Bewertung des Biasrisikos in klinischen Studien
für die Erstellung von Leitlinien**

Version 1.0 vom 27.04.2016



| METHODENREPORT

Erstellung von Patientenleitlinien zu S3-Leitlinien/
NVL im Rahmen der Leitlinienprogramme



VersorgungsLeitlinien.de

Beta-Version 2

Erstellungsdatum: März 2016
Überprüfung geplant: März 2018



Bewertung von und Umgang mit Interessenkonflikten

- **Alle** an der Erstellung einer Leitlinie Beteiligten erklären ihre Interessen schriftlich mit Hilfe des Formblattes
- Abgabe **zu Beginn** des Leitlinienprojekts (vor Konsensusfindung !); und Offenlegung einmal pro Jahr bis zum Abschluss
- Leitlinienkoordinator verantwortlich für Zusammentragung
- **Bewertung durch Dritte** (keine Selbsteinschätzung)
„Interessenkonfliktbeauftragte“ aus dem Kreis der Leitliniengruppe oder aus externen Kreisen



RESEARCH AND REPORTING METHODS **Annals of Internal Medicine**

Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines

Holger J. Schünemann, MD, PhD, MSc; Lubna A. Al-Ansary, MBBS, MSc; Frode Forland, MD, DPH; Sonja Kersten, MSc; Jorma Komulainen, MD, PhD; Ina B. Kopp, MD; Fergus Macbeth, MA, DM; Susan M. Phillips, BSc (Hons), DPhil; Craig Robbins, MD, MPH; Philip van der Wees, PT, PhD; and Amir Qaseem, MD, PhD, MHA, for the Board of Trustees of the Guidelines International Network*



Maßnahmen gegen „Risk of Bias“: QM für LL

Autor/ Jahr/Land	Studienbeschreibung	Ergebnisse	Bemerkungen	Empfehlungen/ Schlussfolgerung	Evidenz- grad
Berg W. et al., 2004	<p>Erhebung: prospektive Kohortenstudie zur Evaluierung der Sicherheit von Klin. Untersuchung, MM, MS und MRT</p> <p>Population: n= 111 Pat, 120 Mammae mit 258 Befunden, davon 80 (73%) mit palpablem Befund, med. Alter: 48j (26-81)</p> <p>Zeitraum: 9/1 1999-2/2002</p> <p>Befunder: 2 breast radiologist</p> <p>Erfahrung: 2 und 10 Jahre</p> <p>MS-Frequenz: 7,5 Mhz und 10Mhz</p> <p>Scoring-System angegeben: 1. simple Zyste 2. wahrscheinlich benigne 3. suspekt 4. hochwahrscheinlich maligne</p> <p>Referenzstandard: histologische Beurteilung:</p> <p>Beurteilung verblindet: nein, nur MS zu MRT</p>	<p>Karzinome gesamt: 177</p> <p>MS: Sensitivität: 83% (147/177) Spezifität: 34% (28/81)</p> <p>MS entdeckt 18 invasive Karzinome und 9 DCIS, die mammographisch okkult waren, ins. n= 27 (15,23%) Mediane Größe invasiver Tumoren 27 mm (4-90)</p> <p>MM: Sensitivität: 67,8% (120/177) Spezifität: 75% (61/81)</p> <p>MRT: Sensitivität: 94,4% (167/177) Spezifität: 26% (21/81)</p> <p>Klin Untersuchung: Sensitivität: 50,3% (89/177) Spezifität: 92% (75/81)</p> <p>Beste Kombination: Klin U. + MM + MRT</p>	<p>Ergebnisse in Bezug auf palp. Befunde nicht gesondert ausgewiesen</p> <p>Sensitivität Mammographie war invers korreliert zur Brustdicke (p<0.01)</p>	<p>Beste Kombination: Klin U. + MM + MRT, aber Klin. U, MM und MS fast genauso effektiv (MRT hat v.a. höhere Sensitivität für DCIS)</p>	3b

Systematische Suche, Auswahl, Bewertung der Evidenz
S2e S3



Strukturierte Konsensfindung durch ein repräsentatives Gremium
S2k S3



Transparenz (Methodik, Interessenkonfliktregulierung)

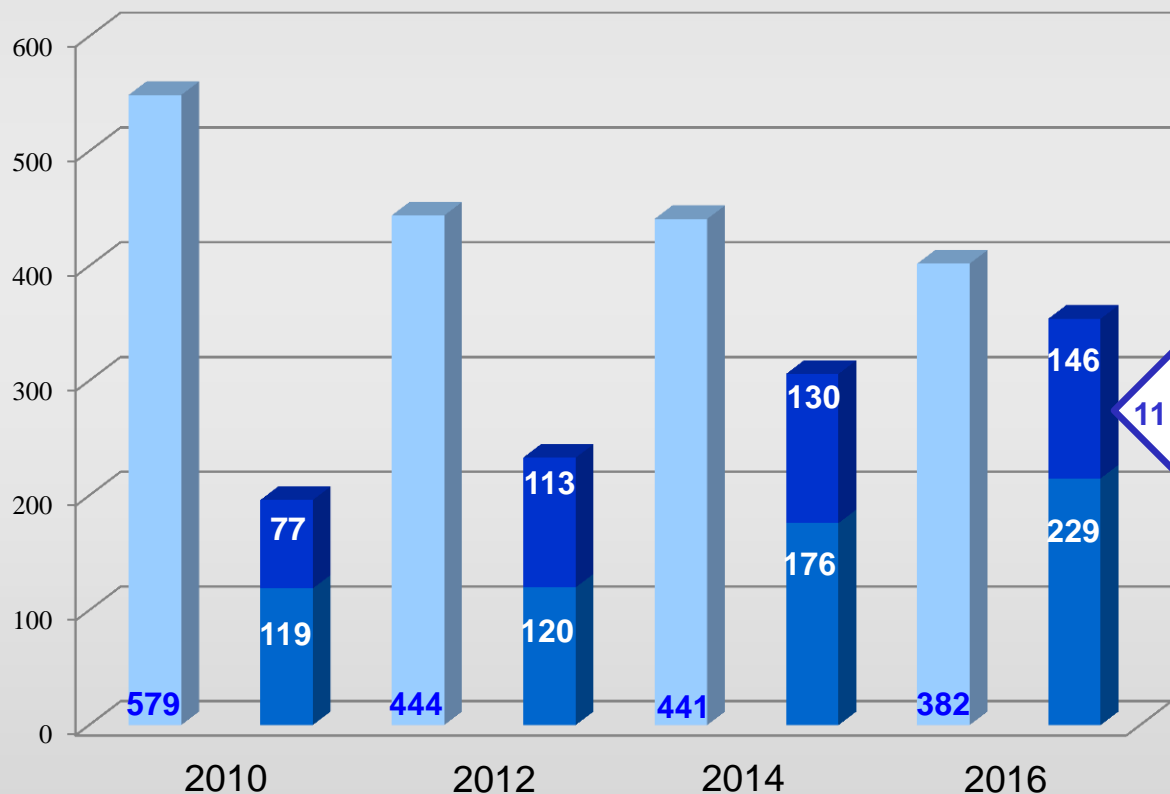
S1 S2k S2e S3

Leitlinien im AWMF-Register 2010- 2016

S1: Handlungsempfehlungen von Expertengruppen

S2: Leitlinien basierend auf Evidenz (S2e) oder Konsens eines repräsentativen Gremiums (S2k)

S3: Leitlinien basierend auf Evidenz und Konsens eines repräsentativen Gremiums



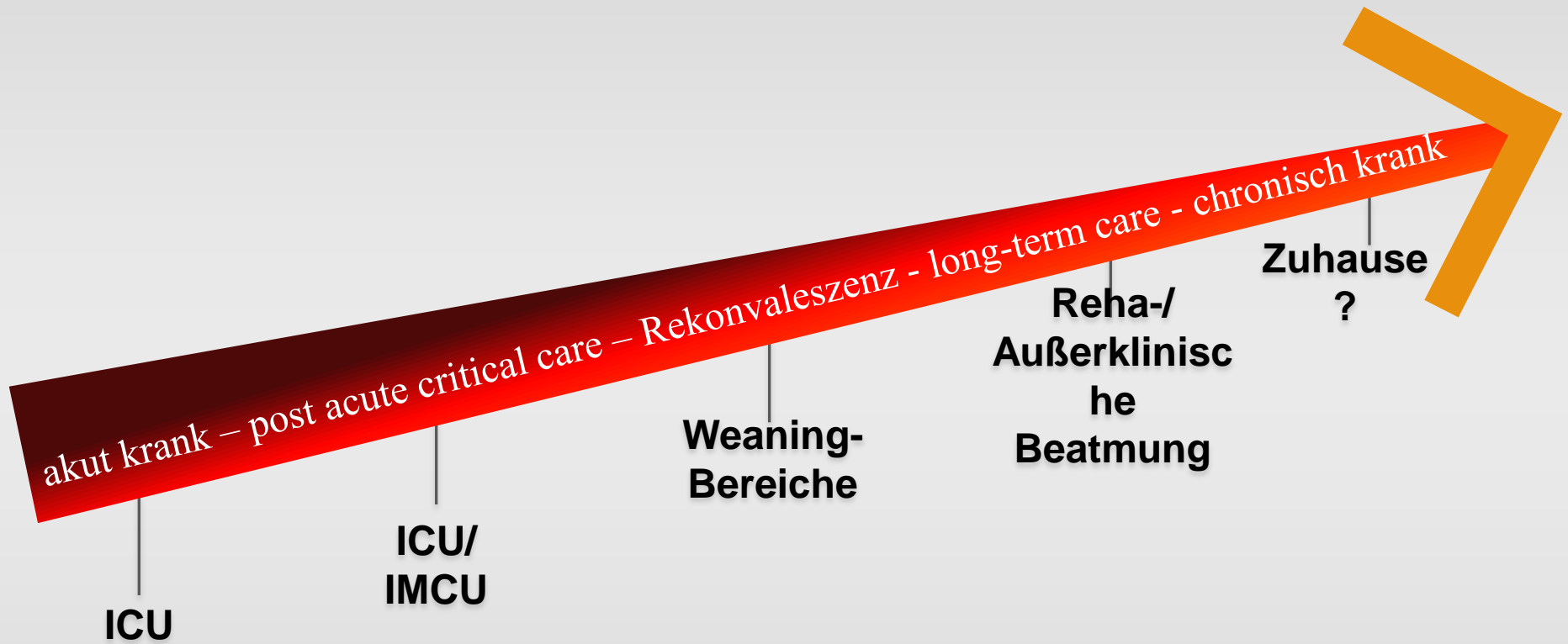
Angemeldete
LL-Projekte
September 2016:
377

S3: 107
S2e: 35
S2k: 130
S1: 88

11 NVL, 17 OL

Patienten-
versionen
September 2016:
63

Patienten – Epikrise



Leitlinien



Leitlinien-Detailansicht

Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin

Registernummer 001 - 012

Klassifikation **S3**

Stand: 31.08.2015 , gültig bis 30.08.2020

Basisdaten

Anwender- & Patientenzielgruppe

Herausgeber & Autoren

Inhalte

Verfügbare Dokumente

Langfassung der Leitlinie "Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin"

[→ Download](#) | PDF | 1,21 MB

Patientenleitlinie "Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin"

[→ Download](#) | PDF | 0,26 MB

Leitlinienreport

[→ Download](#) | PDF | 0,22 MB

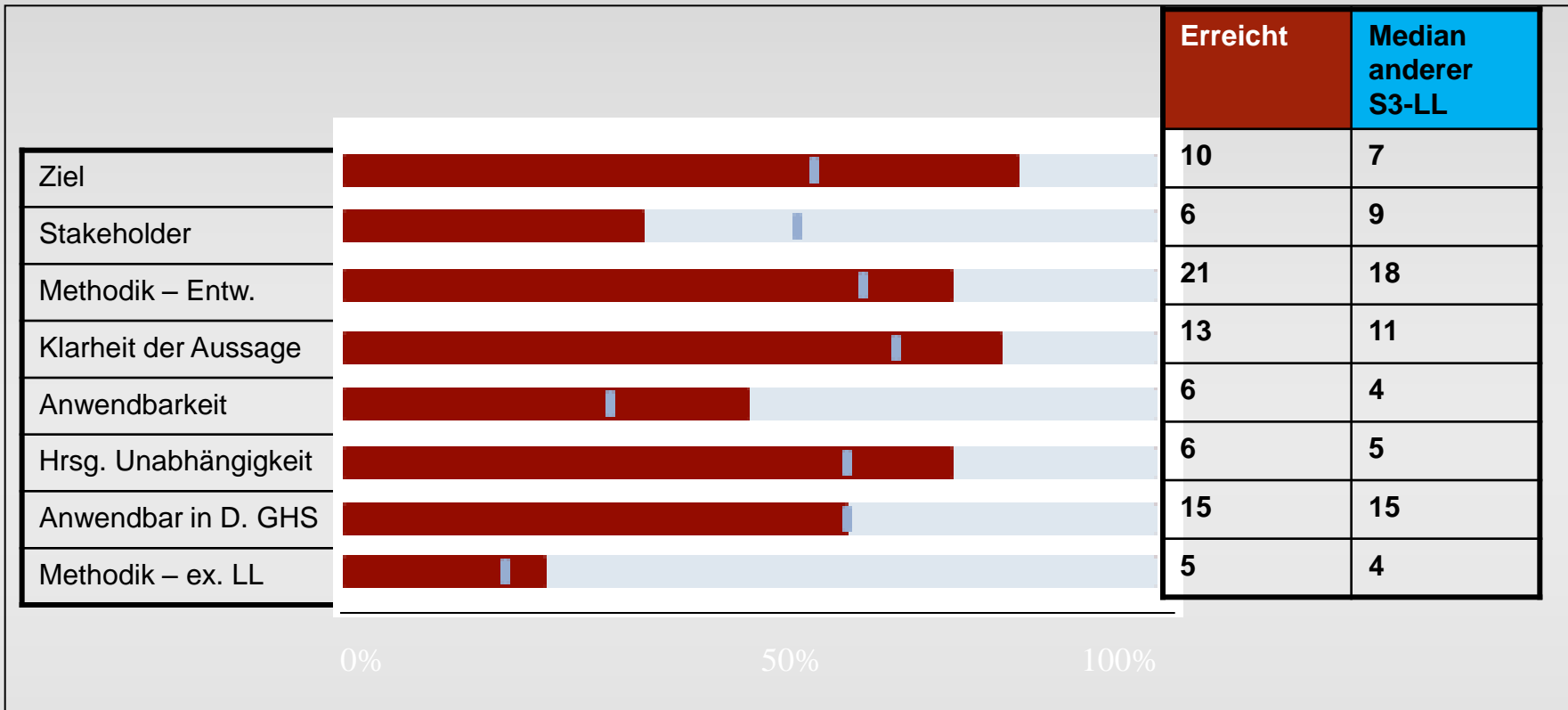
Evidenzbericht

[→ Download](#) | PDF | 0,19 MB

Anhang Klinische Messinstrumente

[→ weiterlesen](#)

DELBI-Evaluation der S3-LL



Modified:

Website: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

„<http://www.arztbibliothek.de/bibliothek/leitlinie/analgesie-sedierung-und-delirmanagement>

-in-der-intensivmedizin/bewertung?keyword“

vom 13.08.2012/16.00 Uhr MEZ.

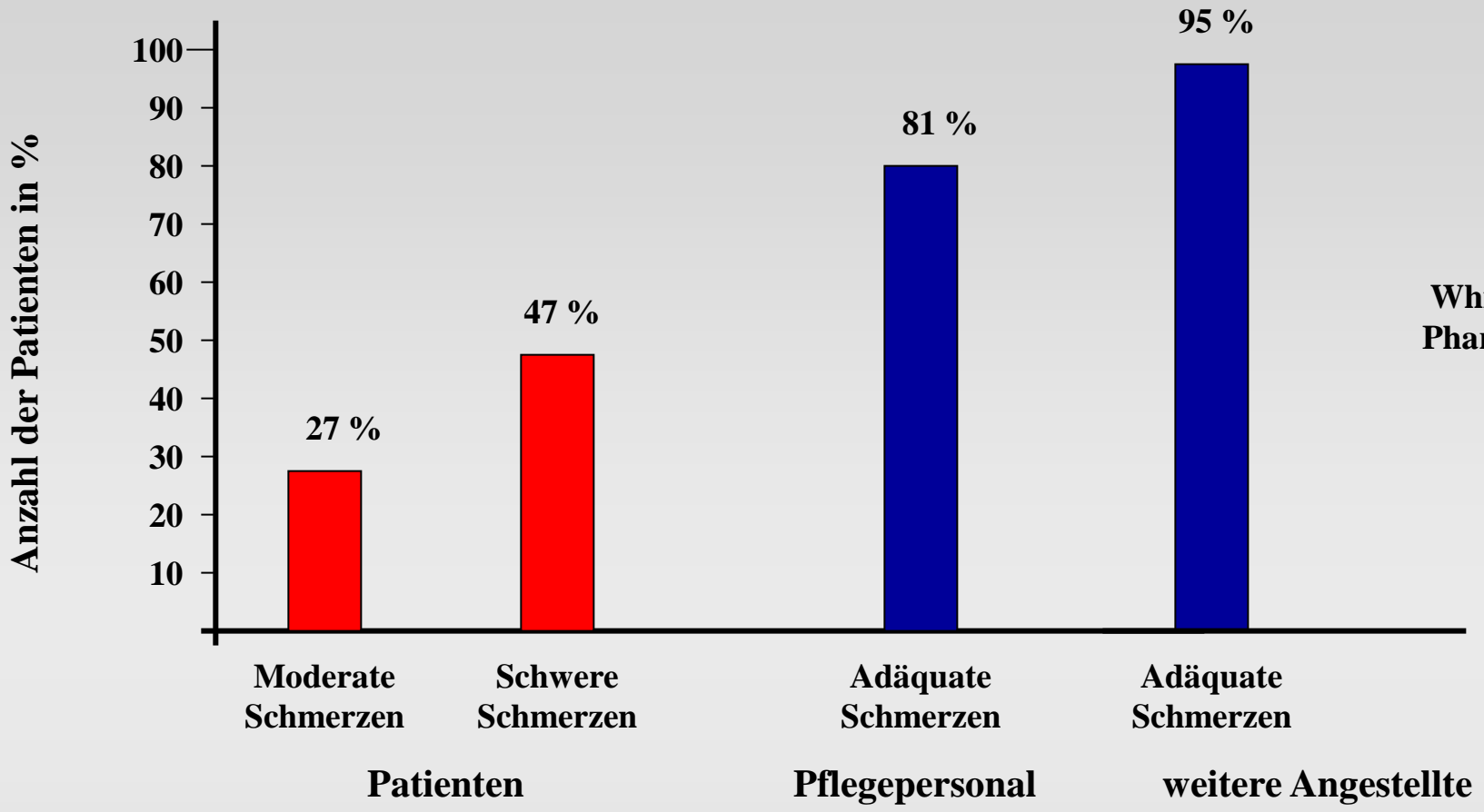
Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) – short version



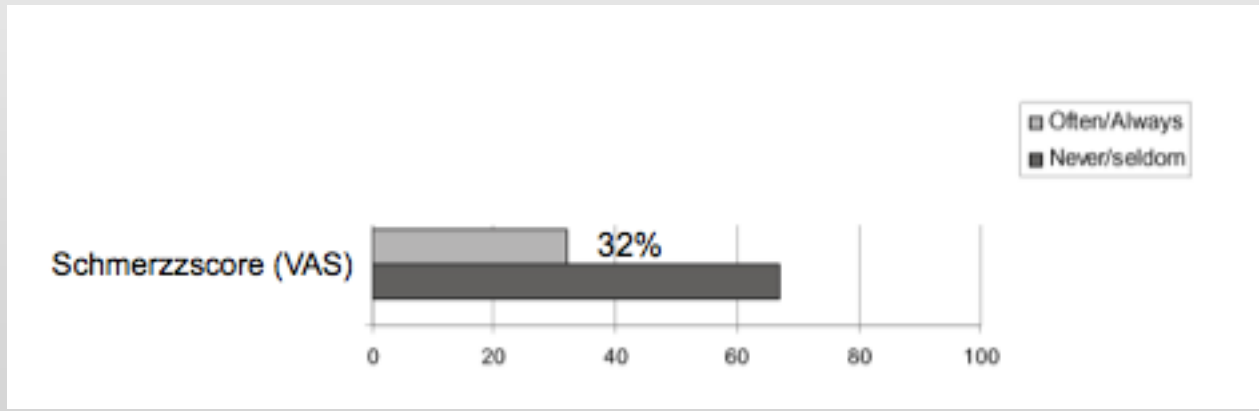
fehlen R. Schmitt & Dr. Gohrbandt

Intensivmedizin aus der Sicht des Patienten

01	Have pain	3.36	1.01
02	Not being able to sleep	3.34	0.98
03	Having tubes in your nose or mouth	3.26	1.01
04	Not being in control of yourself	3.10	1.11
05	Being tied down by tubes	3.02	1.12
06	Not having treatments explained to you	3.02	1.22
07	Not being able to move your hands because of i. v. line	2.90	1.15
08	Not knowing when to expect things will be done to you	2.84	1.06
09	Being stuck with needles	2.80	1.18
10	Being thirsty	2.76	1.22
11	Having lights on constantly	2.72	1.25
12	Seeing family and friends for only a few minutes each day	2.66	1.22
13	Uncomfortable bed and/or pillow	2.64	1.26
14	Having no privacy	2.64	1.24
15	Nurses and doctors talking too loudly	2.54	1.15
16	Being bothered	2.52	1.15
17	Having to wear oxygen	2.50	1.20
18	Hearing other patients cry out	2.46	1.23
19	Being in a room that is too hot or too cold	2.46	1.05
20	Not knowing where you are	2.46	1.33
21	Not knowing what time it is	2.44	1.18
22	Unfamiliar and unusual noises	2.40	1.11
23	Having nurses be in too much of a hurry	2.40	1.14
24	Missing your husband or wife	2.34	1.19
25	Hearing the heart monitor alarm go off	2.26	1.16
26	Not knowing what day it is	2.20	1.21
27	Having the team use words you cannot understand	2.20	1.20
28	Being awakened by nurses	2.14	1.13
29	Having to look at the pattern of holes in the ceiling	2.14	1.25
30	Feeling the nurses are watching the machines closer than they are watching you	2.08	1.08
31	Having nurses constantly doing things around your bed	2.06	1.08
32	Hearing buzzers and alarms from machinery	2.02	0.91
33	Being cared for by unfamiliar doctors	1.96	1.18
34	Constantly being examined by doctors and nurses	1.96	1.11
35	Hearing the telephone ring	1.92	1.12
36	Being aware of unusual smells around you	1.92	1.07
37	Having strange machines around you	1.90	1.16
38	Having your blood pressure taken often each day	1.74	0.90
39	Not having the nurses introduce themselves	1.64	0.88



**Whipple JK et al.
Pharmacotherapy
1995**



**Wøien H, et al. Acta
Anaesthesiol Scand
2012**

PICS

Posttraumatische Belastung

Kognitive Defizite

Mobilitätsprobleme

Sozialtransfers

Chronische Schmerzen

Langzeitbeatmung

Angst, Depression

Optimale Situation für das Behandlungsergebnis

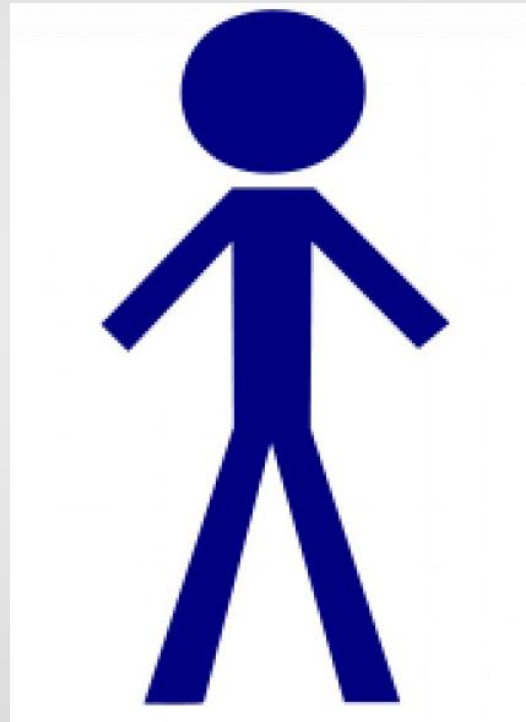
wach

schmerzfrei

delirfrei

aufmerksam

angstfrei



partizipativ

Und evident!

LOS:

Strøm 2010
Kress 2000
Mehta 2012

wach

Mortalität:

Shehabi 2012, 2013, 2014
Balzer 2015

schmerzfrei

Stressor:

Novaes 1997
Puntillo 2010

delirfrei

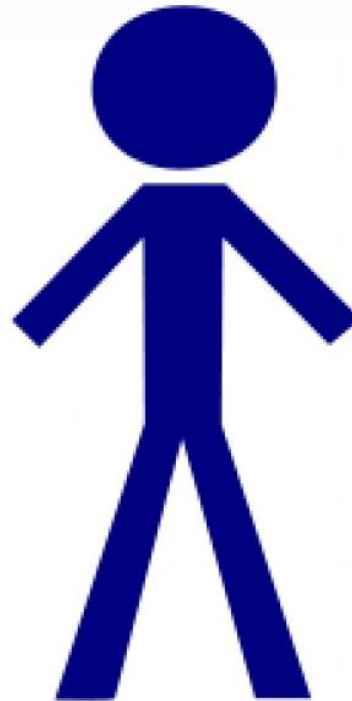
Mortalität, Kognition:

Ely 2002
Pandharipande 2014
Saczynski 2010

aufmerksam

Mortalität, Kognition:

Ely 2002
Pandharipande 2014



angstfrei

PICS, PTSD:

Parker 2015
Jackson 2014

partizipativ

Was würden Sie als Patient wollen ?



upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a7/Respiratory_therapist.jpg, [ee-klinikum.de/images/_eek_website_galerien/herzberg/anaesthesie-its/6_eek_h_its_111214_3.jpg](https://www.ee-klinikum.de/images/_eek_website_galerien/herzberg/anaesthesie-its/6_eek_h_its_111214_3.jpg), private

Forschungsansätze



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Energie

Qualitätsmessung in der Medizin - Aktuelle Entwicklungen

- ❖ **Verpflichtende sektorübergreifende Qualitätssicherung und Erhebung patientenberichteter Endpunkte : weiterhin eine „Baustelle“**
- ❖ **Qualitätsmessung aus Routinedaten**
- ❖ **Qualitätsmessung in „Eigeninitiative“**
- ❖ **„Peer review“**

Peer Review als Lösung



Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren

OPEN ACCESS

This is the translated (German) version.
The original (English) version starts at p. 1.

Übersichtsarbeit

Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren für Deutschland 2013 – zweite Auflage

Zusammenfassung

Qualitätsindikatoren sind elementare Bestandteile des Qualitätsmanagements. Die Qualitätsindikatoren für die Intensivmedizin der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) aus dem Jahre 2010 sind nun im Rahmen der geplanten Geltungsdauer überarbeitet und angepasst worden. Insgesamt wurde ein Indikator ersetzt und drei weitere zum Teil wesentlich überarbeitet. Der alte Indikator I „Oberkörperhochlagerung“ wurde durch den Indikator „Tägliche multi-professionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen“ ersetzt und in den neu geschaffenen Indikator IV „Weaning und Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien (kurz: Weaning/VAP Bundle)“ (VAP = ventilator-assoziierte Pneumonie) integriert, der auf eine Verringerung der VAP-Inzidenz abzielt. Der Indikator VIII „Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen“ wurde weiter präzisiert. Der Indikator X „Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat“ anhand der aktuellen Studienlage ebenfalls präzisiert. Die aktualisierten Qualitätsindikatoren sind Bestandteil der intensivmedizinischen Peer Reviews. Ihre nächste Aktualisierung ist für das Jahr 2016 geplant.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Intensivmedizin, Peer Review, Qualitätsindikatoren

Jan-Peter Braun¹
Oliver Kumpf¹
Maria Deja¹
Alexander Brinkmann²
Gernot Marx³
Frank Bloos⁴
Arnold Kaltwasser⁵
Rolf Dubb⁵
Elke Muhl⁶
Clemens Greim⁷
Hanswerner Bause⁸
Norbert Weiler⁹
Ines Chop¹⁰
Christian Waydhas¹¹
Claudia Spies¹

**Überarbeitung
DIVI und
Fachgesellschaften**

Beginn Mai 2012


**Überarbeitung bis April
2013**

**Endgültige
Konsentierung
Mai 2013**

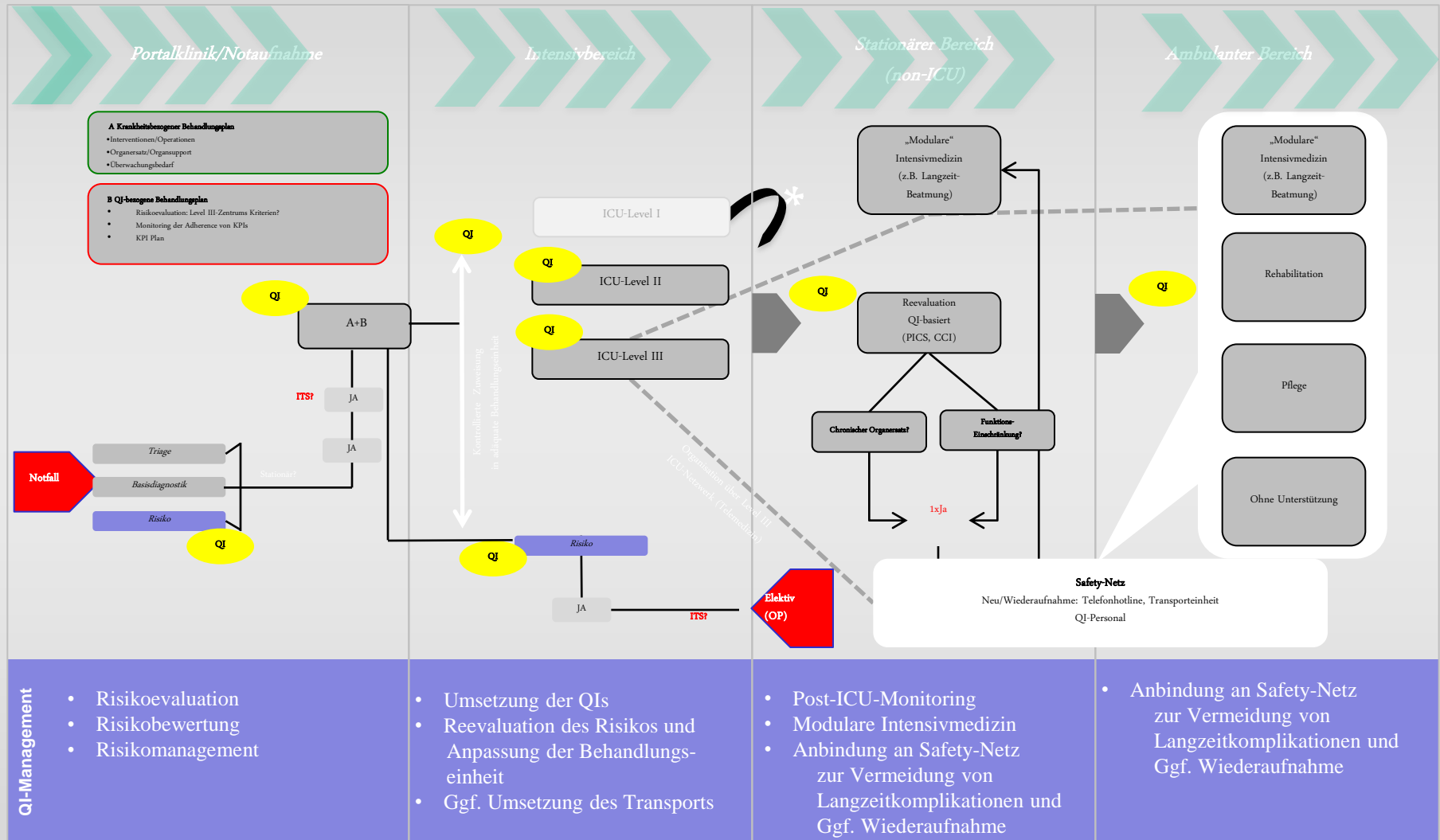
Publikation in GMS

Aktualisierung 2016

Etablierte Qualitätsindikatoren

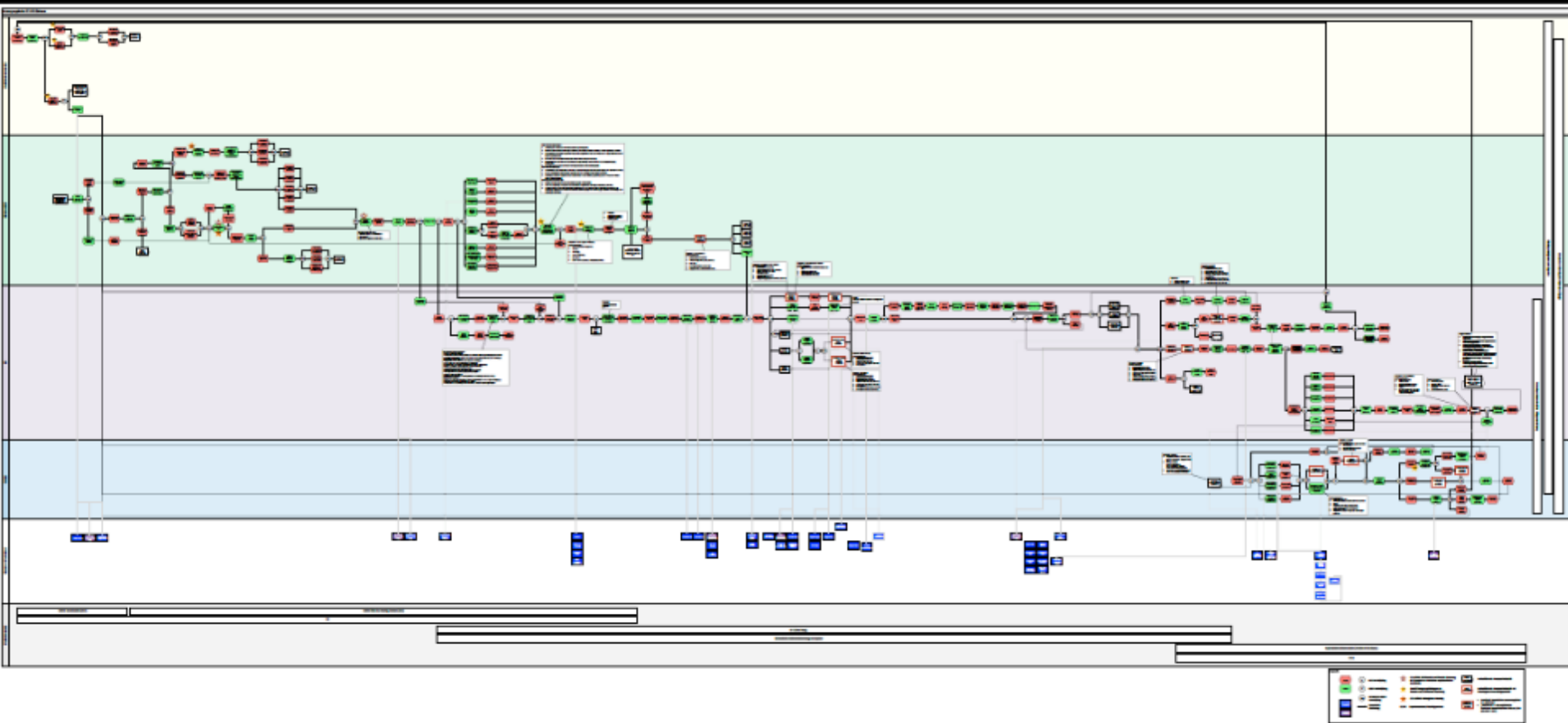
 Qualitätsindikatoren 1 – 10	
I	Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Protektive Beatmung
IV	Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorass. Pneumonien
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
VII	Frühe enterale Ernährung
VIII	Strukturierte Dokumentation von Angehörigengesprächen
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS Indikator 2010)
X	Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensiv-medicin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat, Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h

QIs: sektoren-übergreifend



* Sukzessives Überführen aller Level I ICUs auf mindestens Level II mit QI-Adherence.

Prozesskette Bea@Home - Übersicht



**"Beatmungspflege@Zuhause" – Förderschwerpunkt
"Assistierte Pflege von morgen - ambulante
technische Unterstützung und Vernetzung von
Patienten, Angehörigen und Pflegekräften"**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Medizinische Voraussetzungen:

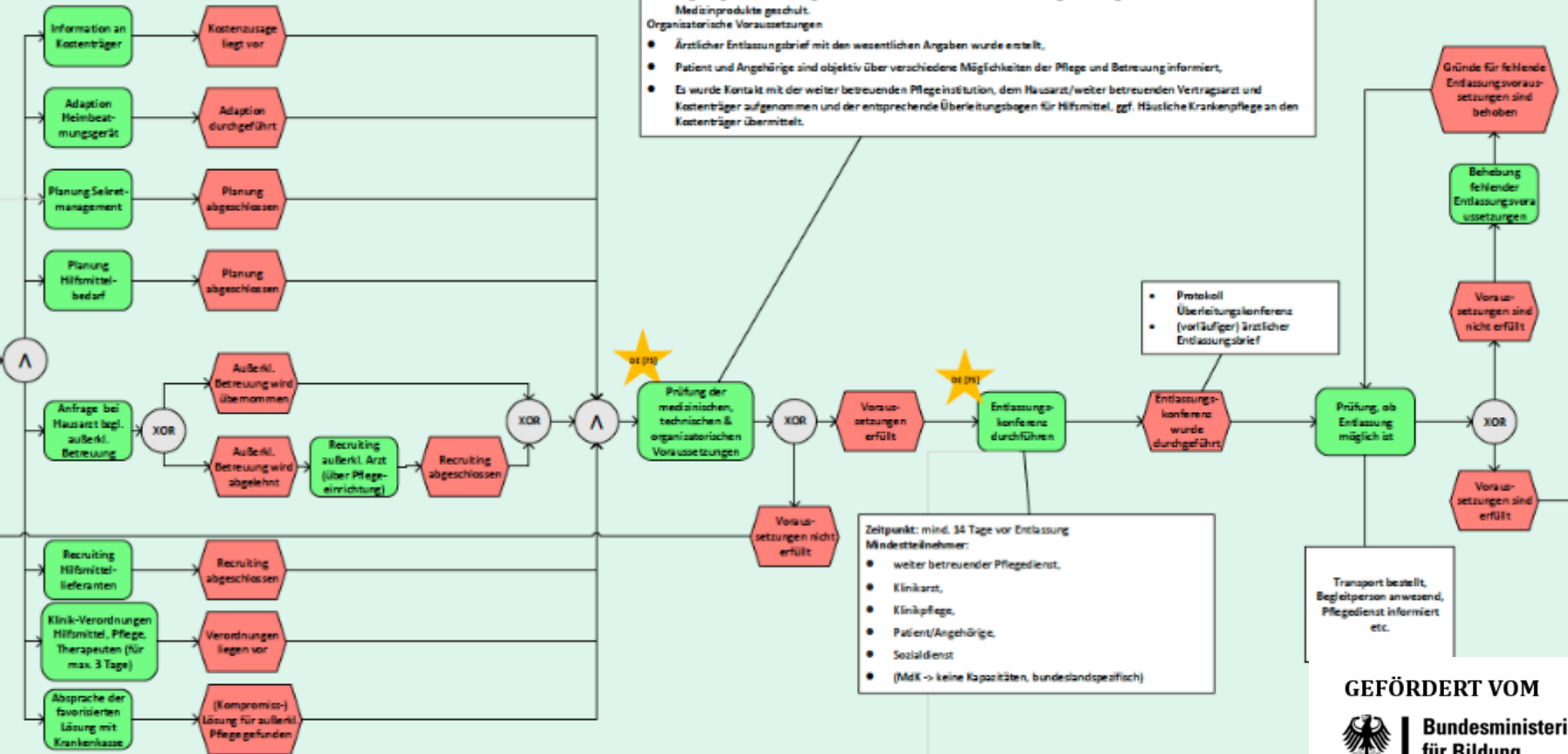
- Umstellung von invasiver auf nichtinvasive Beatmung wurde geprüft,
- derzeit sind keine weiteren kurzfristigen Fortschritte (innerhalb der nächsten 4 Wochen) im Weaningprozess zu erwarten
- alle Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung wurden ausgeschöpft und eine zumindest über 27 Tage stabile Situation der Beatmung wurde erreicht
- der Patient ist ohne kreislaufunterstützende Medikamente hämodynamisch stabil,
- Die Nierenfunktion des Patienten ist stabil oder bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz ist die Dialyseversorgung sichergestellt.
- Die Ernährung ist oral, enteral mittels Ernährungssonde oder parenteral sichergestellt.

Technische Voraussetzungen

- Hinsichtlich der med. erforderlichen Hilfsmittel u. Materialien liegt von Seiten des Kostenträgers eine Kostenübernahme vor,
- Die med. erforderlichen Hilfsmittel und Materialien sind am zukünftigen Aufenthaltsort vorhanden,
- Angehörige und soweit möglich der Patient selbst wurden in der Anwendung/Bedienung der zum Einsatz kommenden Medizinprodukte geschult.

Organisatorische Voraussetzungen

- Ärztlicher Entlassungsbrief mit den wesentlichen Angaben wurde erstellt,
- Patient und Angehörige sind objektiv über verschiedene Möglichkeiten der Pflege und Betreuung informiert,
- Es wurde Kontakt mit der weiter betreuenden Pflegeinstitution, dem Hausarzt/weiter betreuenden Vertragsarzt und Kostenträger aufgenommen und der entsprechende Überleitungsbogen für Hilfsmittel, ggf. Häusliche Krankenpflege an den Kostenträger übermittelt.



Zeitpunkt: mind. 34 Tage vor Entlassung
Mindestteilnehmer:

- weiter betreuender Pflegedienst,
- Klinikarzt,
- Klinikpflege,
- Patient/Angehörige,
- Sozialdienst
- (MedX -> keine Kapazitäten, bundeslandspezifisch)

Beispiel: Ethische Aspekte

1. Ethik	1. Patientenwille und Therapieziele	1. <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenwille in der Patientenakte dokumentiert 2. Therapieziele in Berichten und Patientenakte dokumentiert 3. Dokumentierte strukturierte Gespräche erfolgt 4. Patientenwille und Therapieziele regelmäßig, d.h. mindestens 1 x jährlich überprüft
	1. Aufklärung und Einwilligung	1. <ol style="list-style-type: none"> 1. Zeitpunkt und Gesprächsteilnehmer in Patientenakte dokumentiert 2. Aufklärungsinhalte und ggf. Rückfragen in Patientenakte dokumentiert 3. Informierte Einwilligung des Patienten schriftlich erteilt, vom behandelnden Arzt unterzeichnet
I. Entlassungsmanagement	1. Überleitkonferenz	1. <ol style="list-style-type: none"> 1. Zeitpunkt, Teilnehmer und Gesprächsinhalte dokumentiert 2. Protokoll vom Überleitmanager namentlich unterzeichnet und einsehbar 3. Intersektorale Patientenakte für alle Beteiligten angelegt
	1. Individueller Hilfsmittelbedarf	1. <ol style="list-style-type: none"> 1. Individueller Hilfsmittelbedarf anhand Checkliste ermittelt 2. Checkliste bzgl. Aktualität überprüft und angepasst 3. Technische Voraussetzungen für Entlassung erfüllt und dokumentiert

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Beispiel: Pflege und Outcome

I. Therapie- konzept	1. Multimodales Therapiekonzept	1. 1.1. Individuelles multimodales Therapiekonzept erstellt und dokumentiert 1.2. Durchführung der Behandlung in Patientenakte dokumentiert
II. Pflege	2. Individuelle Pflege(planung)	2. 2.1. Pflegekräfte qualifiziert (analog Leitlinien-Empfehlung) 2.2. individuelle Pflegeplanung durchgeführt und dokumentiert 2.3. Evaluation der Durchführung und Effektivität dokumentiert 2.4. Evaluation der Durchführung und Behandlungseffektivität dokumentiert 2.5. Anpassung des Konzepts bei Nichterreichen der Therapieziele
III. PROs	3. Patientensicherheit, Lebensqualität und PROs	3. 3.1. CIRS Sektor- und professionenübergreifend implementiert und in QRM eingebettet 3.2. CIRS Meldungen regelmäßig gesichtet und abgearbeitet 3.3. Ärztliche Verordnungen in Patientenakte auf aktuellem Stand 3.4. Messung und Dokumentation der Lebensqualität (bei Entlassung, 1 Monat nach Entlassung, 3, 6, 12 Monate nach Entlassung) bei Verschlechterung der Lebensqualität wird Teamberatung einberufen 3.5. Anzahl der Patienten, die eine SAPV oder eine AAPV erhalten (pro Gesamtzahl betreuter Patienten im Kalenderjahr) 3.6. Ungeplante Klinikaufenthalte (Anzahl und Einweisungsdiagnosen) dokumentiert: Anzahl pro Patient, Einweisungsdiagnose 3.7. Anzahl der verstorbenen Patienten: Erwartet und begleitet im ambulanten Bereich verstorben, Unvorhergesehen im ambulanten Bereich verstorben nach Überleitung in den außerklinischen Bereich im Krankenhaus verstorben 3.8. Anzahl im Verlauf erfolgreich entwöhnter Patienten (mit oder ohne NIV) und Entlassung in die Häuslichkeit 3.9. Anzahl der entlassenen Patienten (REMEO) in/nach: Häuslichkeit, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft, Pflegeheim, Rehabilitationsklinik

?

INITIATIVE „Gemeinsam Klug Entscheiden“ ?

- ❖ In Deutschland sind interdisziplinäre, evidenz- und konsensbasierte Leitlinien verfügbar – aber unzureichend implementiert
- ❖ TOP – Listen Idee aus USA aufgegriffen: Fokus auf wenige, wichtige Empfehlungen zur Implementierung

ANALYSIS PAPER

**When Choosing Wisely meets clinical
practice guidelines**

**Gemeinsam Klug Entscheiden –
Implementierungstool für Leitlinien
Empfehlungen zu Über- und
Unterversorgung!**

Warum „Gemeinsam“ Klug Entscheiden ?

- ❖ **Patienten und Versorgungsaspekte zu Erkrankungen im den Mittelpunkt (nicht Fachgebiete)**
- ❖ **Gezielte Implementierung versorgungsrelevanter Empfehlungen**
- ❖ **Gemeinsame fach- und berufs-gruppenübergreifende Versorgung**
- ❖ **Patienten-Arzt- Gespräch und partizipative Entscheidungsfindung**
- ❖ **Wissenschaftlich und ethisch basiertes Vorgehen zur Entscheidungsfindung bei marktwirtschaftlicher Orientierung des Gesundheitssystems**

Ad Hoc Kommission Gemeinsam Klug Entscheiden

- **18 Mitglieder***
 - Methodik
 - FGs - Empfehlungen im Rahmen der Initiative
 - Orientierungshilfe - Empfehlungen zur methodischen Prüfung
- R. Kreienberg (AWMF), I. Kopp, M. Nothacker, C. Muche-Borowski (IMWi), P. Falkai (AWMF/DGPPN), W. Gaebel (DGPPN), M. Gogol (DGGG, DGG), M. Härter (DGMP) G. Hasenfuß (DGIM), K. Rahn (AWMF/DGIM), U. Helms (NAKOS/DAGSHG), H.-J. Hesselschwerdt (DGOOC), D. Klemperer (DGSMP), B. Löwe (DKPM), P. Lynen-Jansen (DGVS), H.-J. Meyer (DGCh), M. Scherer (DEGAM), K. Werdan (DGK), C. Schaefer (ÄZQ), H. Raspe, D. Strech
Interesse angemeldet: Prof. Böning/Prof. Cremer (DGTHG)



Manual
Entwicklung von Empfehlungen im
Rahmen der Initiative
Gemeinsam Klug Entscheiden

Version 1.1 vom 18.09.2016

Aktivitäten der ad hoc Kommission:
Manual zur Methodik – entwickelt,
kommentiert durch
Fachgesellschaften, überarbeitet –
verabschiedet!

Beschluss Deutscher Ärztetag 2016:
Unterstützung „Gemeinsam Klug Entscheiden“
und „Klug Entscheiden“ - Methodik weiterentwickeln



Ausblick

1. **Transparenz**

Erfassung der Daten

2. **Prozess/Implementierung**

Qualitätsorientierte Vergütung

3. **Outcome**

Lebensqualität

Hohe Qualität der Behandlung

Zufriedene Patienten

Zufriedene Mitarbeiter/Partner